

Versicherungsbedingungen für die Pflegerentenversicherung geändert ab 1.7.2007

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?
- § 2 Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor und wie wird diese bewertet?
- § 3 Was ist bei der Antragstellung zu beachten?
- § 4 Welche Bedeutung haben Ihre Antworten auf unsere Antragsfragen?
- § 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 6 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?
- § 7 Was ist bei der Prämienzahlung wichtig?
- § 8 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig bezahlen?
- § 9 Welche Kosten und Gebühren fallen an?
- § 10 Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen und den Auflösungswert beantragen?
- § 11 Wann können Sie den Versicherungsvertrag prämienfrei stellen ?
- § 12 Was haben Sie zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?
- § 13 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 14 Wo und ab wann ist die fällige Versicherungsleistung zu erbringen?
- § 15 Wie lange können Ansprüche geltend gemacht werden?
- § 16 Was gilt für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?
- § 17 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit?
- § 18 Wie und bis wann können Sie bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend machen?
- § 19 Wann können die Prämien geändert werden?
- § 20 Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?
- § 21 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 22 Was gilt bei Verpfändung, Abtretung oder Vinkulierung?
- § 23 Was ist bei Verlust der Versicherungspolizze zu tun?
- § 24 Wie sind Sie am Gewinn beteiligt?
- § 25 Anwendbares Recht
- § 26 Aufsichtsbehörde

Begriffsbestimmungen

Bitte lesen Sie die folgenden Begriffsbestimmungen sorgfältig durch – sie sind für das Verständnis dieser Versicherungsbedingungen notwendig

Auflösungswert	ist die Leistung des Versicherers, wenn der Vertrag vorzeitig gekündigt ("aufgelöst") wird. Der Auflösungswert entspricht dem Prämienreservedepot abzüglich eines Selektionsabschlages. Diesen Auflösungswert zahlen wir auch bei Ableben vor Eintritt einer Leistung. Bitte beachten Sie, dass es sich bei der Pflegerentenversicherung um eine reine Risikoversicherung ohne Sparvorgang handelt.
Bezugsberechtigter (Begünstigter)	ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.
Gewinnbeteiligung	sind Ihrem Vertrag zugewiesene Überschüsse, die die garantierten Versicherungsleistungen im Falle der Pflegebedürftigkeit erhöhen.
Prämie	ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt
Prämienreservedepot	die Prämie ist eine Durchschnittsprämie über die gesamte Laufzeit. Zur Deckung der Leistungen ist zu Beginn der Laufzeit des Vertrages nicht die gesamte Prämie erforderlich. Daraus resultiert eine Prämienreserve, die für die späteren Jahre, in denen mehr als die gezahlte Prämie erforderlich ist, reserviert wird.
Selektionsabschlag	er beträgt 25% und steigt ab dem Versicherungsjahr, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, um fünf %-Punkte pro Jahr. Mit Erreichen des 85. Lebensjahres beträgt er 100%, und es ist somit kein Auflösungswert vorhanden.
Tarif/Geschäftsplan	ist eine detaillierte Aufstellung jener Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand derer die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Prämie) zu berechnen sind.
Versicherer	Raiffeisen Versicherung AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien
Versicherte Person	ist die Person, für die der Versicherungsschutz übernommen wird.
Versicherungsnehmer	ist der Vertragspartner des Versicherers und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

(1) Wird die versicherten Person während der Dauer dieser Versicherung voraussichtlich für mindestens sechs Monate pflegebedürftig, (siehe § 2), zahlen wir die vereinbarte Pflegerente, und zwar:

- in Höhe von 40% bei Leistungsstufe I (entspricht 3 Punkten)
- in Höhe von 70% bei Leistungsstufe II (entspricht 4 – 5 Punkten)
- in Höhe von 150% bei Leistungsstufe III (entspricht 6 Punkten oder schwerer Demenz)

Die Pflegerente zahlen wir monatlich im Voraus für die Dauer der nachgewiesenen Pflegebedürftigkeit, längstens bis zum Ableben der versicherten Person.

(2) Mindert sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit derart, dass nur noch eine niedrigere Leistungsstufe vorliegt, vermindert sich die Pflegerente entsprechend, oder entfällt, wenn die Leistungsstufe I nicht mehr gegeben ist. Ab diesem Zeitpunkt besteht wieder die Prämienzahlungspflicht.

(3) Solange wir noch keine Leistung wegen Pflegebedürftigkeit erbracht haben, erstatten wir im Falle des Ablebens der versicherten Person längstens bis zu dem Versicherungsjahr, in dem sie das 85. Lebensjahr vollendet hat, den Auflösungswert.

§ 2 Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor und wie wird diese bewertet?

(1) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die während der Dauer der Versicherung entstanden und ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate hindurch ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in Abs.2 genannten Verrichtungen – auch bei Einsatz technischer und/oder medizinischer Hilfsmittel – täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

(2) Bei der Feststellung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit und damit der Höhe der Versicherungsleistung gemäß § 1 wird die nachstehende Punktwertung zu Grunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- Fortbewegen im Zimmer (1 Punkt)

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

- Aufstehen und Zubettgehen (1 Punkt)

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

- An- und Auskleiden (1 Punkt)

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann oder gegebenenfalls ein medizinisches Korsett oder eine Prothese nicht selbstständig an- oder ablegen kann.

- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken (1 Punkt)

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – zubereitete und servierte Mahlzeiten sowie bereitgestellte Getränke nicht ohne Hilfe einer anderen Person einnehmen kann; Hilfebedarf liegt auch vor, wenn medizinisch indizierte Ernährung über Sonden notwendig ist.

- Körperhygiene (1 Punkt)

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln, wie z.B. Haltegriffe oder Badeheber – nicht ohne Hilfe einer anderen Person für seine Körperpflege durch Waschen (Ganzkörperwäsche), Baden oder Duschen sorgen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

- Verrichten der Notdurft (1 Punkt)

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann,
- den Darm oder die Blase nur mit fremder Hilfe entleeren kann.

Hilfebedarf liegt nicht vor, wenn allein eine Inkontinenz der Blase oder des Darmes besteht, die durch Verwendung von Kathetern, Windeln oder Einlagen ausgeglichen werden kann, die die versicherte Person selbständig anlegen, wechseln, entleeren und reinigen kann.

(3) Schwere Demenz

Eine schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken; unter den Versicherungsschutz fallen somit schwere Hirnleistungsstörungen, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden, wenn als deren Folge die versicherte Person Beaufsichtigung oder Anleitung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (siehe § 2 (2)) oder kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

(4) Die Pflegebedürftigkeit ist uns ärztlich nachzuweisen. Die Diagnose einer schweren Demenz ist durch einen Facharzt für Neurologie auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher und psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 6 „Schwere kognitive Leistungseinbußen“, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 6) nach Reisberg oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen. Zur Bestätigung der Diagnose können wir Wiederholungsuntersuchungen verlangen. Leichte, mäßige oder mittelschwere Hirnleistungsstörungen sind keine schwere Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

(5) Vorübergehende akute Erkrankungen oder Besserungen führen zu keiner Änderung der Pflegerentenleistung. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 Was ist bei der Antragstellung zu beachten?

(1) Als Versicherungsnehmer stellen Sie einen schriftlichen Antrag auf Abschluss eines Pflegerentenversicherungsvertrages. Darin müssen alle Tatsachen angegeben werden, die für die Übernahme des Risikos bedeutend sind.

(2) An diesen Antrag sind Sie sechs Wochen lang gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

(3) Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Versicherungspolize mit den darin enthaltenen Tabellen der Auflösungswerte und verminderten Versicherungsleistungen nach Einstellung der Prämienzahlung samt sonstiger Anlagen, der vereinbarte Tarif, die Versicherungsbedingungen sowie der Geschäftsplan, auf dem der vereinbarte Tarif beruht.

§ 4 Welche Bedeutung haben Ihre Antworten auf unsere Antragsfragen?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass Sie alle mit dem Antrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wenn die Pflegebedürftigkeit einer anderen Person versichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen verantwortlich.

(2) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb der ersten drei Jahre seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung des Vertrages vom Vertrag zurücktreten; ist der Versicherungsfall innerhalb dieser Frist von drei Jahren eingetreten, können wir auch nach Ablauf dieser Frist vom Vertrag zurücktreten.

Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären.

Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn

- wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten, oder
- der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte.

(3) Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag jederzeit anfechten.

(4) Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, bezahlen wir den Auflösungswert (siehe § 10). Schuldhaft unrichtige oder unvollständige Angaben können darüber hinaus nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, sodass wir im Versicherungsfall nur den Auflösungswert leisten.

§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungspolizze erklären und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig (siehe § 7) bezahlt haben. Vor dem in der Versicherungspolizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

(2) Ihre Pflegerentenversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragte Pflegerente, höchstens aber auf EUR 1.000,- monatlich, auch wenn insgesamt höhere Monatsrenten für dieselbe versicherte Person beantragt sind.

Der vorläufige Sofortschutz gilt,

- wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist, nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht
- und soweit die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse (siehe §§ 4 und 6) vorsehen.

Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages bei einer Geschäftsstelle von uns, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn.

Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Versicherungspolizze, wenn wir Ihren Antrag ablehnen, den vorläufigen Sofortschutz als beendet erklären, oder Sie von Ihrem Antrag zurück treten, spätestens jedoch sechs Wochen nach Antragstellung.

Für den vorläufigen Sofortschutz berechnen wir keine gesonderte Prämie. Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die auf die Leistung entfallende erste Jahresprämie oder einmalige Prämie.

§ 6 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

Wird Österreich in kriegerische Ereignisse verwickelt, von einer nuklearen, biologischen, chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe betroffen, bezahlen wir bei dadurch verursachten Versicherungsfällen den Auflösungswert.

(2) Den Auflösungswert bezahlen wir auch, wenn die Pflegebedürftigkeit verursacht wurde

- in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, denen die versicherte Person außerhalb Österreichs bei Ausübung einer beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit ausgesetzt war,
- infolge Teilnahme an Unruhen auf Seiten der Unruhestifter,
- durch widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- durch vorsätzliche Ausführung oder strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherten Person;
- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, absichtliche Selbstverletzung, missbräuchlichem Drogenkonsum oder versuchten Selbstmord. Wird uns nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, erbringen wir die vertraglich zustehende Leistung.
- aufgrund mittelbaren oder unmittelbaren Einflusses ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (Bundesgesetzblatt Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung;

§ 7 Was ist bei der Prämienzahlung wichtig?

(1) Die Prämien sind Jahres- oder einmalige Prämien, die für uns kostenfrei zu bezahlen sind.

(2) Sie können die Jahresprämie nach Vereinbarung auch in Raten bezahlen, dann jedoch mit Zuschlägen. Diese betragen für halbjährliche Zahlung 2%, für vierteljährliche Zahlung 3% und für monatliche Zahlung 4% der Prämie.

(3) Die erste oder eine einmalige Prämie wird mit Zustellung der Versicherungspolizze, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig. Sie ist dann innerhalb zweier Wochen ab Fälligkeit zu bezahlen. Sie erhalten eine Aufforderung zur Prämienzahlung. Folgeprämien sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb zweier Wochen, jeweils ab dem in der Versicherungspolizze angegebenen Fälligkeitstag, zu bezahlen.

§ 8 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig bezahlen?

(1) Erste oder einmalige Prämie:

Wenn Sie die erste oder eine einmalige Prämie nicht rechtzeitig bezahlen (siehe § 7 Abs 3), sind wir leistungsfrei, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Wir können außerdem vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir die erste oder eine einmalige Prämie nicht innerhalb von drei Monaten ab dem Fälligkeitstag gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind die Kosten einer ärztlichen Untersuchung von Ihnen zu bezahlen.

(2) Folgeprämie:

Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine schriftliche Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von zwei Wochen, können wir den Vertrag zum Ablauf der Frist kündigen. Dann besteht der Versicherungsschutz nur noch in Höhe der verminderten Versicherungsleistung gemäß § 11 oder er entfällt, wenn eine verminderte Versicherungsleistung nicht oder noch nicht gebildet werden konnte. § 11 Abs.2 ist entsprechend zu berücksichtigen. Tritt nach Ablauf dieser Frist der Versicherungsfall ein und wurde die Prämienzahlung nicht vorgenommen, sind wir zur vollen Leistung nur dann verpflichtet, wenn Sie ohne Verschulden an der rechtzeitigen Zahlung verhindert waren. Darauf werden wir in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 9 Welche Kosten und Gebühren fallen an?

(1) Wir ziehen von Ihren Versicherungsprämien zunächst Versicherungssteuer entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen, danach Abschlusskosten (vgl. (a)) und Verwaltungskosten (vgl. (b)) ab.

a) Die in Ihrer Prämie enthaltenen Abschlusskosten werden zum Teil zu Beginn Ihres Vertrages fällig, zum Teil als laufende Kosten mit Ihrer Prämie eingehoben. Die Abschlusskosten zu Beginn betragen 4% der Bezugsgröße, die laufenden Abschlusskosten 2,4 % der Prämie abzüglich Versicherungssteuer und einem allfälligen Zuschlag für unterjährige Zahlungsweise. Die Bezugsgröße ist die Summe der bis zum Alter 85 zu zahlenden Prämien exkl. Stückkosten, höchstens aber das 25-fache der Jahresprämie exkl. Stückkosten.

b) Die jährlichen Verwaltungskosten, die in Ihrer Versicherungsprämie enthalten sind, betragen 0,75‰ der Bezugsgröße zuzüglich EUR 24,- Stückkosten und zusätzlich 1% der versicherten jährlichen Pflegerente.

Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, etc. werden wir Zusatzprämien zur Versicherungsprämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.

(2) Die Rechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Kosten nach Abs.1 sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifes. Diese können für bestehende Verträge von uns nicht verändert werden. Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüfbar.

(3) Für durch Sie veranlasste Mehraufwendungen für Ihren Versicherungsvertrag verrechnen wir angemessene Gebühren, und zwar:

- für Prämienzahlung mittels Zahlschein EUR 2,-;
- für die Mahnung gemäß § 39 VersVG bei Zahlungsverzug einer Folgeprämie EUR 9,-
- für die Kündigung infolge Zahlungsverzug € 17,-
- bei Lastschriftrückweisung stellen wir Ihnen die uns angelasteten Gebühren in Rechnung.

(4) Diese Gebühren sind wertgesichert und verändern sich ab Jänner eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der Statistik Austria monatlich verlaubliche Verbraucherpreisindex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index gegenüber dem Index für den Monat Jänner des Jahres des Inkrafttretens des Tarifs verändert hat (Ausgangsbasis: Verbraucherpreisindex 2000 für Jänner 2006: 111,0).

Wir sind jedoch berechtigt, geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebenden Gebühren zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonformen Gebühren zu verrechnen.

§ 10 Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen und den Auflösungswert beantragen?

(1) Sie können Ihren Vertrag schriftlich ganz oder teilweise kündigen:

- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

(2) Im Falle der Kündigung Ihres Versicherungsvertrages erhalten sie als Auflösungswert den aktuellen Wert des Prämienreservdepots vermindert um den Selektionsabschlag. Dieser Abzug beträgt 25% und erhöht sich ab dem Versicherungsjahr, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr erreicht, jährlich um 5%, sodass ab dem Versicherungsjahr, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr erreicht, kein Auflösungswert mehr vorhanden ist.

Die Auflösungswerte zum Ende eines jeden Versicherungsjahres sind aus der im Vorschlag und in der Versicherungspolizze enthaltenen Auflösungswerttabelle ersichtlich.

(3) Die nach einer Teilkündigung verbleibende prämienpflichtige jährliche Pflegerente darf EUR 1.200,- nicht unterschreiten, wobei die verbleibende Jahresprämie mindestens EUR 120,- betragen muss, andernfalls wird der Vertrag aufgelöst.

(4) Bei bereits laufender Pflegerentenzahlung ist eine Kündigung nicht möglich.

§ 11 Wann können sie den Versicherungsvertrag prämienfrei stellen?

(1) Sie können Ihren Versicherungsvertrag schriftlich ganz oder teilweise prämienfrei stellen:

- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

(2) Bei einer Prämienfreistellung wird nach den geschäftsplanmäßigen Bestimmungen für die restliche Versicherungsdauer auf Grundlage des Prämienreservdepots eine verminderte Pflegerente ermittelt. Wenn die jährliche Pflegerente EUR 1.200,- unterschreitet, wird der Vertrag aufgelöst.

(3) Die nach einer Teilprämienfreistellung verbleibende prämienpflichtige und prämienfreie jährliche Pflegerente darf EUR 1.200,- nicht unterschreiten, wobei die verbleibende Jahresprämie mindestens EUR 120,- betragen muss; andernfalls wird der Vertrag aufgelöst.

§ 12 Was haben Sie zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

(1) Ihre Anspruchstellung hat unverzüglich zu erfolgen, wenn die sechsmonatige Mindestdauer der Pflegebedürftigkeit ärztlicherseits voraussehbar oder bereits eingetreten ist.

Teilen Sie uns später als neun Monate nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Ihren Anspruch auf die Pflegerente mit, leisten wir erst mit Beginn des Monats Ihrer Mitteilung, es sei denn, die verspätete Anzeige hat weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung des Umfangs der Versicherungsleistung Einfluss.

(2) Werden Leistungen verlangt, sind uns vorzulegen :

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über das Ausmaß der Auswirkungen auf die Pflegebedürftigkeit (zum Nachweis der schweren Demenz siehe auch § 2 (4));
- sofern die Pflege durch professionelles Pflegepersonal erfolgt, können wir eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege verlangen;

(3) Die untersuchenden und behandelnden Ärzte sind von der versicherten Person zu ermächtigen, uns Auskunft zu erteilen. Das gilt auch für Krankenhäuser, Sanatorien, Heilanstalten, Versorgungs- und Fürsorgeämter sowie Versicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträger oder ähnliche Einrichtungen.

(4) Wir können auf unsere Kosten und in unserem Auftrag weitere ärztliche Untersuchungen, zusätzliche Auskünfte, Aufklärungen und Nachweise verlangen.

Wir können verlangen, dass diese weiteren ärztlichen Untersuchungen in Österreich vorgenommen werden, auch wenn die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz außerhalb Österreichs hat. Dadurch eventuell entstehende Reise- und Aufenthaltskosten sind vom Versicherten zu tragen.

Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Alten- oder Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(5) Zumutbare Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt trifft, um die Heilung zu fördern oder die Pflegebedürftigkeit zu mindern, müssen befolgt werden; Operationen oder sonstige invasive Behandlungen zählen nicht zu den zumutbaren Maßnahmen im Sinne dieser Bedingungen.

(6) Wird eine Erhöhung der Pflegeerente wegen einer Erhöhung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit verlangt, gelten die Absätze 1 – 5 sinngemäß.

(7) Eine Minderung der Pflegebedürftigkeit bzw. ein Auslandsaufenthalt von mehr als drei vollen Kalendermonaten ist uns unverzüglich anzuzeigen (siehe §14 Abs.3).

(8) Wir können verlangen, dass uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person am Fälligkeitstag einer Pflegeerentenzahlung gelebt hat. Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen.

(9) Zu Unrecht empfangene Leistungen sind unverzüglich an uns zurück zuzahlen.

§ 13 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Erhalt und Prüfung der für die Leistungsbeurteilung erforderlichen Unterlagen werden wir erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Wir können auch ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen.

(2) Bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht sind die Prämien weiter zu bezahlen; Sie können jedoch bis dahin eine zinslose Stundung der Prämien verlangen, andernfalls werden wir die Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

§ 14 Wo und ab wann ist die fällige Versicherungsleistung zu erbringen?

(1) Erfüllungsort für die Leistung ist die Generaldirektion in Wien.

(2) Die Versicherungsleistung wird nach Abschluss der Erhebungen zum Versicherungsfall und Leistungsumfang an dem Monatsersten, der dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit folgt, fällig, sofern sich aus § 12 Abs.1 nichts anderes ergibt; außerdem entfällt ab diesem Zeitpunkt die Verpflichtung zur Prämienzahlung

(3) Sofern nicht anderes vereinbart ist, ruht der Anspruch auf Pflegeerente, wenn die versicherte Person länger als drei volle Monate ununterbrochen außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz gepflegt wird.

§ 15 Wie lange können Ansprüche geltend gemacht werden?

Sie können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag innerhalb von drei Jahren ab Fälligkeit der Leistung geltend machen; danach tritt Verjährung ein.

Steht der Anspruch einem anderen zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung bekannt geworden ist. Ist ihm sein Recht nicht bekannt geworden, so verjähren die Ansprüche erst nach zehn Jahren ab Fälligkeit der Leistung.

§ 16 Was gilt für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?

(1) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit und ihren Umfang nachzuprüfen. Dies gilt nicht für zeitlich begrenzte Anerkenntnisse.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

(3) Hat sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit gemindert, setzen wir unsere Leistung gem. §1 Abs.2 herab oder stellen sie ein. Bei Einstellung der Leistung beginnt wieder die Prämienzahlungspflicht, wenn vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit laufende Prämien zu bezahlen waren.

Die Minderung oder Einstellung der Pflegeerente sowie der Wiederbeginn der Prämienzahlungspflicht wird mit dem unserer Mitteilung an den Anspruchsberechtigten zweitfolgenden Monatsersten wirksam.

(5) Nach Ablauf eines zeitlich begrenzten Anerkenntnisses werden wir so rasch wie möglich, spätestens innerhalb von sechs Monaten, erklären, ob wir rückwirkend ab dem Ablauf des zeitlich begrenzten Anerkenntnisses leisten, oder ob wir weitere Leistungen ablehnen.

§ 17 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ?

Solange eine Mitwirkungspflicht im Anspruchsfall (siehe § 12) oder bei Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit (siehe § 16) von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden schuldhaft nicht erfüllt wird und dies Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht hat, sind wir von der Leistungspflicht befreit.

Bei späterer Erfüllung sind wir ab Beginn des Monats, in dem die Mitwirkungspflichten erfüllt wurden, nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 18 Wie und bis wann können Sie bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend machen?

(1) Sind Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden, können Sie innerhalb eines Jahres nach Zugang unserer Erklärung den Anspruch gerichtlich geltend machen.

(2) Verstreicht diese Frist, ohne dass bei Gericht Klage erhoben wird, so sind weitergehende Ansprüche, als wir anerkannt haben, ausgeschlossen.

§ 19 Wann können die Prämien geändert werden?

Wir sind berechtigt, die Prämien zu ändern, wenn sich die durchschnittliche Lebenserwartung oder die Häufigkeit der Inanspruchnahme der vertraglichen Versicherungsleistungen gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen (Tarif/Geschäftsplan) nicht nur vorübergehend und nicht vorhersehbar verändern. Die Erhöhung oder Verminderung der Prämie wird ab dem unserer Mitteilung an Sie folgenden Monatsersten wirksam.

Sie können die Fortsetzung des Vertrages mit unveränderter Prämienhöhe und entsprechend angepasster Pflegeerente verlangen.

§ 20 Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?

(1) Alle Ihre Erklärungen sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihrer Adresse müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls richten wir unsere Erklärungen rechtswirksam an Ihre letzte uns bekannte Adresse; dazu genügt die Absendung eines nicht eingeschriebenen Briefes.

Reden wir übers Leben.

(3) Wenn Sie Ihren Wohnort außerhalb Europas nehmen, müssen Sie uns eine Person innerhalb Österreichs benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Erklärungen an Sie entgegen zu nehmen.

(4) Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine Anfechtung auch einem berechtigten Dritten gegenüber rechtswirksam erklären.

§ 21 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Sie bestimmen, wer bezugsberechtigt ist. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin können Sie die Bezugsberechtigung jederzeit ändern. Änderung und Widerruf der Bezugsberechtigung müssen uns schriftlich angezeigt werden.

(2) Sie können auch bestimmen, dass der Bezugsberechtigte das Recht auf die künftige Leistung unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Dann kann das Bezugsrecht nur noch mit dessen Zustimmung geändert werden.

(3) Ist der Überbringer (Inhaber) der Versicherungspolize als Bezugsberechtigter bezeichnet, so können wir verlangen, dass er uns seine Berechtigung nachweist.

§ 22 Was gilt bei Verpfändung, Abtretung oder Vinkulierung?

Eine Verpfändung oder Abtretung ist uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns schriftlich angezeigt wird. Eine Vinkulierung bedarf neben der schriftlichen Anzeige zu ihrer Wirksamkeit auch unserer Zustimmung.

§ 23 Was ist bei Verlust der Versicherungspolize zu tun?

Wenn Sie den Verlust der Versicherungspolize schriftlich anzeigen, werden wir Ihnen eine Ersatzpolize ausstellen.

Wir können verlangen, dass eine auf den Überbringer (Inhaber) lautende Versicherungspolize auf Ihre Kosten gerichtlich für kraftlos erklärt wird.

§ 24 Wie sind Sie am Gewinn beteiligt?

Im Wege der Gewinnbeteiligung nehmen Sie an den von uns erzielten Überschüssen teil. Ihr Gewinnanteil wird abhängig vom vereinbarten Tarif ermittelt und gutgeschrieben. Details können Sie Ihrer Versicherungspolize entnehmen.

§ 25 Anwendbares Recht

Dieser Vertrag unterliegt österreichischem Recht ohne die Verweisungsnorm des österreichischen internationalen Privatrechts.

§ 26 Aufsichtsbehörde

Der Versicherer und der diesem Vertrag zu Grunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die Finanzmarktaufsicht (FMA), A-1020 Wien, Praterstraße 23 (www.fma.gv.at), die auch für Beschwerden der Versicherungsnehmer zuständig ist.